

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N^o 1112

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Marie RENAULD

Ancien Interne des Hôpitaux de l'A. P. de Seine-et-Oise
né le 3 Février 1914, à Courbevoie (Seine)

**CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
A PROPOS D'UN CAS DE TORSION AIGÜE
D'UNE FRANGE ÉPIPLOÏQUE DU COLON DROIT**

Président : M. BERNARD CUNÉO Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Marie RENAULD

Ancien Interne des Hôpitaux de l'A. P. de Seine-et-Oise
né le 3 Février 1914, à Courbevoie (Seine)

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES A PROPOS D'UN CAS DE TORSION AIGÜE D'UNE FRANGE ÉPIPLOIQUE DU COLON DROIT

Président : M. BERNARD CUNÉO Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale.	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESÇAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
ERULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Hommage de respectueuse
gratitude pour le grand hon-
neur qu'il nous fait en ac-
ceptant la présidence de cette
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE
DE SEINE-ET-OISE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BERTAND

Chirurgien en Chef de l'Hôpital d'Argenteuil,

*En le priant d'accepter
ce faible témoignage de
ma reconnaissance pour
tout ce que je lui dois.*

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MONTARNAL

Chirurgien-assistant de l'Hôpital d'Argenteuil,

En témoignage d'amitié,

MONSIEUR LE DOCTEUR J. M. AUCLAIR

Chirurgien-accoucheur de l'Hôpital d'Argenteuil,

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL
CHIRURGICAL GOUIN

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ BONAMY

Chirurgien en chef de l'Hôpital Chirurgical Gouin,

*En témoignage d'ad-
miration et de respectueuse
affection.*

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI BURTY

Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Chirurgical Gouin

MONSIEUR LE DOCTEUR MAX BONAMY

Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Chirurgical Gouin.

*Témoignage reconnais-
sant.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE POITIERS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Les torsions des franges épiploïques du côlon constituent une question sur laquelle on a insisté au cours de ces dernières années. Un certain nombre d'observations en ont été publiées et BÉCHET, dans sa thèse de 1935 a pu en rassembler plus de quarante.

Cependant il s'agit là d'un accident relativement rare, c'est pourquoi ayant eu l'occasion d'en observer un cas dans le service de notre Maître, le D^r BERTRAND à l'Hôpital d'Argenteuil, nous avons pensé pouvoir en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

On a, tour à tour, insisté sur la pathogénie encore mal élucidée de cette affection. On a opposé en autant de formes cliniques les torsions brutales, constituant un syndrome abdominal aigu, aux torsions lentes avec leur symptomatologie chronique et insidieuse ; on a décrit des torsions intra-abdominales et intra-herniaires. On a signalé enfin la fréquence de cet accident au niveau du côlon pelvien et sa rareté au niveau du côlon droit. Nous voudrions simplement, à l'occasion d'une observation personnelle, reprendre rapidement l'étude clinique de ce syndrome.

En fait, il s'agit là d'un diagnostic bien incertain, en raison même de sa rareté et de l'inconstance des signes principaux de l'affection, même dans ses cas les plus typiques. Le plus souvent le diagnostic

constitue une découverte opératoire. Il n'en est pas moins vrai qu'il comporte un intérêt certain puisque sa méconnaissance pourrait, au cours d'une laparotomie, faire négliger une exploration complète et soigneuse du cadre colique, seule capable de révéler l'existence de cette lésion et par suite de mettre en œuvre une thérapeutique efficace.

ANATOMIE

D'une façon schématique, les appendices épiploïques ont, chez l'adulte, la disposition suivante :

Une rangée de franges épiploïques sur la bandelette colique antérieure.

Une rangée sur la bandelette postéro-interne.

Elles ne dépassent pas la bandelette distale.

Plus particulièrement développées au niveau du sigmoïde et du côlon gauche, elles existent sur le transverse mais sont masquées à ce niveau par l'accolement du grand épiploon.

Classiquement, elles sont peu développées sur le côlon ascendant (MEILLIÈRE) où elles se résument à de simples traînées. En fait, dans le cas que nous avons observé, elles étaient nombreuses et bien développées à ce niveau.

On a décrit des formes étalées, en grappes, en feuillet de livre, en massues. En réalité, il semble que ces formes soient très variables suivant le degré d'adiposité du sujet.

Leur nombre varie de 80 à 100.

Leur longueur peut atteindre sur le sigmoïde, dix-huit centimètres chez les sujets obèses.

Les franges épiploïques de la face antérieure du côlon sont en rapport avec la paroi abdominale. Celles des bandes postéro-internes avec le mésocôlon. Celles du sigmoïde et du cæcum avec les orifices cruraux et inguinaux. Enfin, celles du sigmoïde, avec la fossette sigmoïde.

La base des appendices est parcourue par des vaisseaux droits qui assurent non seulement la nutrition de la frange graisseuse elle-même, mais encore celle de tout un segment colique. Aussi le « dégraisage » fait sans précaution avant une suture bout à bout peut-il être fatal.

Signalons enfin les rapports des franges avec les diverticules du côlon. La présence des diverticules semble expliquer certains accidents infectieux à point de départ des franges épiploïques.

En ce qui concerne les vaisseaux, leur présence dans les appendices épiploïques explique certains faits de leur pathologie. Alors que les vaisseaux droits courts pénètrent directement dans la sous-séreuse du côlon, les vaisseaux droits longs, pénètrent dans la racine de l'appendice, décrivant une ébauche d'anse qui peut atteindre jusqu'à 5 à 10 millimètres. Ils parcourent ainsi la base de la frange jusqu'à la bandelette distale, le sommet de l'anse étant très près de cette bandelette. En outre, cette disposition est constante pour chaque appendice épiploïque, mais il existe aussi des vaisseaux droits longs pénétrant directement sous la séreuse colique sans entrer en rapport direct avec aucune frange.

Les veines sont tributaires du système porte.

Les lymphatiques vont rejoindre les troncs du mésocôlon.

Les nerfs viennent des troncs, formés des fibres de Remak.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La frange graisseuse une fois tordue présente assez uniformément le même aspect mais si elle paraît tendue, dure, gonflée, son volume est moindre que celui des appendices voisins, comme si la torsion l'avait rétractée sur elle-même.

Généralement, elle atteint le volume d'un grain de raisin. Cependant, BRAINE (rapport de MONDOR à la Société de Chirurgie 11.6.30) a signalé un cas où elle atteignait le volume d'une châtaigne.

L'infarctus concomitant à la torsion donne à l'organe une couleur rouge, pourpre, plus rarement jaune avec des suffusions hémorragiques qui peuvent s'étendre au delà sur la paroi colique (COLT). Le pédicule est en général filiforme, prêt à se rompre.

Tous les degrés de torsion peuvent se voir. La plupart des torsions sont cependant d'un demi tour, et ces dernières ne sont pas celles qui donnent les troubles les moins aigus. Parfois, l'enroulement est d'un tour complet et même de plusieurs tours.

Les crises successives peuvent provoquer l'inflammation superficielle de la frange tordue et donner lieu à des adhérences : adhérences aux franges voisines, aux mésos, au péritoine pariétal.

La torsion peut déterminer la rupture du pédicule et donner lieu à la formation d'un corps étranger intrapéritonéal.

La connaissance de ces corps étrangers a de longtemps précédé la découverte des phénomènes de torsion des franges épiploïque et leur origine a été précisée à la lumière de ces explications.

Cette libération de la frange tordue se fait en général d'une façon silencieuse. La présence d'un diverticule à son niveau constituant une véritable « hernie tuniquaire » (CRUVEILLIER) constitue un danger de rupture de la barrière intestinale. Par suite, apparaissent des péritonites graves en raison du contenu particulièrement septique de l'intestin à ce niveau.

Nous insisterons enfin sur la possibilité d'une réaction péritonéale intense accompagnant la torsion. Dans notre cas, l'ouverture du péritoine mit, en présence d'une quantité de liquide séro-hématique assez importante, avec distention du grêle et du côlon.

PATHOGÉNIE

La cause intime de la torsion de la frange graisseuse colique, reste très mystérieuse, comme d'ailleurs le mécanisme de toute torsion d'un organe pédiculé quelconque et nous ne pouvons malheureusement qu'émettre ou redire des hypothèses plausibles mais à peu près invérifiables.

L'existence d'un foyer d'inflammation chronique dans le voisinage, générateur d'adhérences, permet d'expliquer facilement la fixation d'une frange en un point du péritoine pariétal par exemple, et la rotation de l'organe autour du point fixé.

SIMON et STULZ (Archives Franco-Belges de Chirurgie, Décembre 1921) étudiant la torsion du grand épiploon, font la remarque (qui peut très bien être appliquée aux appendices épiploïques) que les torsions sont particulièrement fréquentes chez les hernieux. Certains auteurs, comme RIEDEL, attribuent une telle importance à la hernie préalable, qu'ils se demandent s'il n'existe pas toujours même dans les cas de torsions abdominales pures, une hernie ou une amorce de hernie qui serait passée inaperçue. Cette conception est sans doute exagérée, mais il est cer-

tain que la présence d'un sac, surtout d'un sac inguinal aide fort à la compréhension du mécanisme : longueur du canal inguinal parfois tordu légèrement sur lui-même, influence du taxis, irritation par le port d'un bandage qui détermine un pelotonnement en amas des formations épiploïques.

Les hernies prédisposent donc aux torsions épiploïques mais il existe indiscutablement des accidents de torsion en dehors de toute hernie, et loin de tout orifice herniaire. Aussi, pour SIMON et STULZ, il convient de ne retenir de toutes les théories précédentes que le fait de la prédisposition à l'omento-volvulus par les modifications chroniques, les pelotonnements de l'épiploon.

Les observations abondent qui révélèrent la présence d'une frange colique tordue, sans qu'il y ait aucune autre lésion visible, en particulier, aucune adhérence, même minime qui puisse expliquer le phénomène. Que faut-il penser du rôle qu'on a voulu faire jouer au péristaltisme, aux changements de pression intra-abdominale, à la réplétion ou déplétion brusque de l'intestin, à la contraction brusque de la sangle abdominale ? Ces faits cadrent bien avec certaines éventualités, mais ne suffisent pas à nous éclairer, de même qu'ils ne suffisent pas à expliquer toutes les torsions des autres viscères abdominaux.

On a mis en cause :

La modification de pression dans les vaisseaux de l'organe pédiculé et l'inégal accroissement de volume de l'organe. Enfin SIMON et STULZ font re-

marquer que si, cliniquement, les accidents sont souvent d'ordre aigu, la torsion elle-même semble s'être constituée lentement, presque silencieusement. Elle ne devient bruyante que lorsque l'étranglement vasculaire est constitué. C'est ce qui explique peut-être qu'on retrouve si souvent dans les antécédents de ces malades des douleurs passagères, des malaises, ou des troubles fonctionnels légers.

OBSERVATION

M. M.B... est hospitalisé le 5 mars dans le service de notre Maître, le Dr BERTRAND, à l'Hôpital d'Argenteuil. Il s'agit d'un homme de 40 ans, jusque-là bien portant, qui a présenté deux jours avant son entrée à l'hôpital, des douleurs abdominales dont les caractères sont difficiles à lui faire préciser, mais qui semblent avoir prédominé dans la fosse iliaque droite. Il y a eu quelques nausées. pas de vomissements. La température était normale. Ces accidents ont duré quelques heures, puis, progressivement, tout est rentré dans l'ordre.

Deux jours plus tard, reprise brutale des accidents, avec douleur nettement localisée, au-dessus du point de Mac Burney. C'est à ce moment que le malade est hospitalisé avec le diagnostic d'appendicite.

A son entrée dans le Service, la température est à 37°, le pouls à 90. La langue est humide, non chargée. Les poumons et le cœur sont en bon état et l'état général semble satisfaisant.

Contrastant avec ces signes généraux, il existe une douleur spontanée de toute la fosse iliaque droite et la palpation révèle le maximum douloureux, un peu au-dessus du point de Mac Burney.

Il existe une contracture réflexe de tout l'abdomen, mais surtout nette à droite. Le toucher rectal est négatif. En présence de ces signes, et malgré leur opposition avec la conservation relative d'un bon état général, le diagnostic

d'appendicite est posé et l'intervention pratiquée d'urgence.

Sous anesthésie générale, incision au niveau du sillon latéral droit, à la hauteur du point douloureux maximum. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide séro-hématique assez abondant. Les anses grêles sont dilatées, le côlon également dilaté fait hernie dans l'incision. A ce moment, on aperçoit au niveau de la bandelette antérieure, un appendice épiploïque, rouge vineux, de la taille d'un haricot, rattaché au côlon par une tige de 5 mm. La suffusion s'étend sur le côlon à partir du point d'insertion du pédicule sur une surface correspondant à une pièce de 2 francs.

Ligature du pédicule et section entre les ligatures, enfouissement du moignon grâce aux franges voisines, particulièrement bien développées.

Ablation de l'appendice qui ne présente aucune lésion. Drain 30, fermeture en trois plans.

Suites opératoires parfaites. Ablation du drain, au troisième jour. Guérison complète au douzième jour.

L'examen de la frange tordue montre qu'il s'agit d'une torsion à deux tours de spires et l'examen anatomo-pathologique :

Infarctus hémorragique avec thrombose des petites veines.

ÉTUDE CLINIQUE

Parmi les causes prédisposantes à la torsion des franges épiploïques, un facteur semble primordial : l'obésité du sujet.

Elle est notée par la plupart des auteurs qui ont abordé ce sujet. KNOFLACH la rapproche de la surcharge grasseuse du grand épiploon comme cause de torsion de cet organe. MOCQUOT a signalé un cas de torsion chez un garçon qui présentait un syndrome adiposo-génital. Et nous avons insisté sur le rôle pathogénique de cette surcharge adipeuse qui augmente parallèlement à l'obésité générale de l'organisme.

On a signalé d'autres facteurs comme susceptibles de favoriser la torsion.

Les inflammations chroniques du péritoine, créatrices d'adhérences et surtout l'appendicite.

L'existence d'une hernie qui modifie la statique des viscères abdominaux. Mais la torsion peut exister sans qu'on puisse la rapporter à aucune de ces causes et chez le malade que nous avons opéré, en dehors d'une adiposité certaine, on ne pouvait invoquer aucun autre facteur.

Quant aux causes déterminantes, on a invoqué tour à tour l'influence d'un mouvement brusque, d'un effort avec contraction soudaine de la sangle abdominale.

La grossesse, les accouchements, un repas copieux, la défécation, en un mot tout ce qui semble capable de modifier la vacuité ou la plénitude de l'intestin.

Le syndrome clinique qui produit la torsion varie suivant le retentissement péritonéal et l'atteinte de l'état général.

Pourtant, même dans notre cas, où l'on pouvait noter des signes de réaction péritonéale, un élément domine le tableau, c'est la douleur.

C'est elle qui nous décida à pratiquer l'intervention. Selon la quasi totalité des auteurs qui se sont intéressés à la question, le syndrome de torsion de frange épiploïque du côlon apparaît essentiellement comme un syndrome abdominal douloureux.

Dans les formes aiguës, l'acuité de la douleur est le premier caractère qui frappe. Le malade se plaint d'une douleur insupportable qui rend impossible la position assise. Au moment où elle est le plus violente, elle évoque dans l'imagination du patient tout un luxe de comparaison : brûlures, déchirures coliques, qu'il cherche à atténuer par un changement continu d'attitudes.

Où bien, sans atteindre à ce degré, le phénomène douloureux simule davantage une appendicite par leur allure continue pongitive, à type de « pesanteur abdominale » (COLT).

Cette douleur n'est pas univoque, égale à elle-même, et elle peut subir des variations importantes. Elle est, nous l'avons vu, comme d'ailleurs toute douleur de crise, intermittente (TAYLOR), soit entrecoupée de calme complet, soit aggravée, de paroxysme soudain, sur un fond de souffrance continue.

Ces recrudescences peuvent naître périodiquement sans cause nette ; chez le malade de TAYLOR, elles étaient réveillées par l'ingestion d'aliments, mais on est surtout frappé par l'influence quasi constante de l'attitude et des mouvements. L'attitude la plus tolérable est le décubitus dorsal, les cuisses demi-fléchies sur le bassin, toute autre position, en particulier la position debout ou assise, ainsi que les moindres mouvements spontanés déterminent une réapparition de la crise douloureuse.

Enfin, le caractère et l'acuité des douleurs sont, bien entendu, modifiés par le palper : l'examen est toujours pénible et, dans des crises peu intenses, il réveille toujours un paroxysme dont l'importance contraste avec la pauvreté du reste du tableau clinique.

SIÈGE. — Notons un premier point : où que siège la lésion, la région douloureuse (spontanément et mieux encore par le fait de l'examen) est très localisée et définie d'une façon très précise par le patient quand il ne s'agit pas de torsions compliquées de réactions péritonéales. Dans le plus grand nombre de cas, c'est un point douloureux maximum dans la

fosse iliaque gauche. Très souvent, aussi, la douleur exquise est à droite « au-dessus du point de MAC BURNEY ». Ailleurs, c'est une douleur épigastrique périombilicale, lombaire. Ces régions douloureuses correspondent comme nous l'avons vu, à l'ordre de fréquence de localisations des torsions épiploïques sur l'ensemble du côlon : Il est cependant intéressant de remarquer que si, habituellement, le maximum de sensibilité coïncide avec la topographie de l'appendice en cause, elle n'est pas nécessairement limitée au point de torsion.

A l'élément douleur viennent s'ajouter en nombre et en importance très variable d'autres troubles qui donnent à chaque crise sa physionomie suivant leur association et leur « dosage ».

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS. — Malgré l'acuité de la souffrance, les nausées mêmes légères sont loin d'être la règle. C'est certainement un de ces éléments — négatif — qui contribue chez la plupart à donner au tableau une allure assez favorable.

Dans notre cas, cependant, des vomissements se sont ajoutés aux nausées marquant certainement une réaction inflammatoire, ou seulement un réflexe péritonéal sans qu'il y ait infection vraie de la séreuse.

D'autres torsions de franges font ressortir de façon plus précise encore la note occlusive. Nous voulons entendre par là non pas tant l'occlusion vraie que surtout l'iléus réflexe. Au maximum, il s'agit d'un

patient que l'on est appelé à examiner d'urgence pour une « occlusion intestinale ».

En tout cas, il ressort de la lecture du plus grand nombre des observations que l'iléus n'apparaît nullement inquiétant et évoque seulement l'idée de spasmes ou de paralysies coliques.

Les troubles du transit peuvent être d'ailleurs d'un ordre encore plus discret et le patient accuse seulement une « crise de constipation ».

Comme dans toute crise abdominale, un symptôme inhabituel vient émailler parfois le tableau : c'est ainsi que deux fois, par STUTTE et par COLT, de la pollakyurie a été remarquée peu intense.

Enfin, COLT et BÉCHET ont signalé la possibilité de l'existence de Méléna.

NOTIONS D'ANTÉCÉDENTS. — Il est à peine besoin d'interroger pour s'apercevoir que la crise actuelle n'est pas arrivée d'emblée à son acmé sans que rien n'eût fait soupçonner auparavant quelque état abdominal chronique. Deux sortes de symptômes peuvent être ainsi mises en évidence, qui ne sont d'ailleurs que deux degrés d'un même ordre de lésions : une constipation rebelle et les crises d'arvées.

La notion dans les antécédents de véritables crises mineures présente à notre avis un intérêt autrement grand, analogue à celui qu'aurait dans le néoplasme du gros intestin, l'existence de petites crises coliques répétées avant l'occlusion définitive. De même que la constipation, ces crises peuvent être séparées d'in-

intervalles absolument silencieux, ou bien, au contraire, émergent d'un fonds de douleur continue»

Voilà donc les principaux signes, les troubles actuels ou passés sur lesquels le patient attire l'attention avant même le début de l'examen. Ainsi sont-ils d'une acuité et d'une importance essentiellement diverse, mais, mis à part quelques formes, tout à fait bénignes ou insidieuses, ils ne vont pas, ne saurait-ce qu'à cause du seul élément douleur, sans un retentissement sur l'état général ; quelques témoins de ce retentissement sont évidents et d'autres demandent à être recherchés.

La douleur a sa répercussion dans l'attitude générale, le facies surtout que plusieurs auteurs notent pâle, angoissé, au moment des crises, baignés de sueur à l'arrivée de la phase de calme. Mais nous avons été frappés et d'autres avant nous, en revoyant les divers documents de l'inconstance souvent paradoxale des phénomènes thermiques, ou de leur discordance avec le reste du tableau ou l'importance de la lésion.

Dans notre cas, la température reste autour de 37°, alors que le syndrome abdominal est franchement aigu. Cependant la netteté des autres signes fit penser malgré tout à une appendicite : rappelons à ce propos que toute appendicite d'allure aiguë, si elle ne s'accompagne d'aucune réaction thermique, doit éveiller la méfiance, quant à la certitude du diagnostic et il conviendra de se souvenir de ce détail lors de l'intervention.

L'erreur est encore plus excusable quand la torsion s'accompagnant d'une réaction péritonéale bénigne détermine une élévation thermique entre 38° et 39°.

Par contre, si cette fièvre élevée cadre mieux avec le reste du tableau, elle s'oppose à l'insignifiance anatomique de la lésion. MOCQUOT rapporte dans ce sens une observation de VEUILLIÈME : Il hésite à croire la frange épiploïque seule responsable d'une température à 40°, mais, discutant quelques semaines plus tard un cas tout à fait parallèle, il admet que les nécroses aseptiques peuvent donner une forte élévation thermique comme d'ailleurs « d'autres torsions modiques », probablement par résorption toxique à travers la séreuse péritonéale et les vaisseaux.

Le poulx suit la température sans présenter de caractères particuliers, sauf à l'acmé des crises trop violentes.

La langue peut être saburrale ; ailleurs, où le retentissement intestinal est minime, elle reste humide et propre.

L'examen des urines ne révèle pas, au moins par les tests les plus courants (albumines, sucre) de retentissement rénal.

Les renseignements fournis par l'examen de l'abdomen ne sont pas suffisants en netteté et en nombre pour permettre de trancher à eux seuls un diagnostic hésitant.

Nous avons déjà vu les caractères de la douleur et surtout de la douleur spontanée.

Il est nécessaire de la comparer à la douleur provoquée par la palpation ou la pression. Elle permet souvent d'en préciser mieux le siège quand les sensations accusées sont restées vagues jusque-là. Très souvent, avec un doigt, on détermine facilement un maximum exquissement sensible dans une région endolorie, et, fait remarquable, ce maximum est localisé à une très petite zone : dans l'hypocondre gauche, ou sur la ligne ombilico-iliaque droite, près de l'ombilic. Nous savons déjà que dans l'immobilité l'indolence était relative et de nombreuses observations montrent que la moindre excitation (dont le palper) suffit à déclancher une nouvelle crise ou à redoubler la douleur.

De toutes les données tirées de l'examen somatique, la contracture est peut-être la moins schématique, la plus inconstante, et la plus paradoxale. On ne trouve pour ainsi dire jamais en dehors de la péritonite, bien entendu, la grande contracture invincible accompagnée des autres signes satellites ; hyperesthésie cutanée, immobilité respiratoire, et cela, quelque soit l'intensité, l'acuité de la crise.

Par contre, si on ne peut guère compter sur les signes précédents, témoins de la souffrance du péritoine, le météorisme et le tympanisme dus à la parésie ou au spasme intestinal sont beaucoup plus fidèles. Les phénomènes de subocclusion réflexe sont signalés plus ou moins explicitement par les auteurs ; sous forme de constipation rebelle, par crise dans les cas bénins, de sonorité diffuse ou localisée à la région

préhépatique, de gêne à l'émission des gaz, d'état de spasme colique, à l'ouverture de l'abdomen ; mais ils peuvent être bien plus dramatiques, composant le principal du tableau clinique.

Cependant, un point a retenu l'attention de plusieurs auteurs : c'est l'absence de tout mouvement péristaltique, même au point douloureux maximum, ce qui signe la nature réflexe paralytique surtout de tels iléus.

Peu d'explorations peuvent utilement servir de complément aux renseignements cliniques pourtant pauvres. Et ce n'est que dans les formes insidieuses, bénignes, qu'un examen radiologique a pu être demandé ; il a montré, par exemple, lors d'une crise douloureuse, para-ombilicale, une sensibilité très vive, correspondant à la topographie de la base cæcale : à l'intervention, une frange de l'appendice était tordue (KNOFLACH).

En somme, la traduction clinique des torsions de séro-appendices épiploïques n'a rien d'un syndrome bien défini, cohérent, univoque, qui permet de résumer le tableau en deux ou trois signes cardinaux concordants : c'est un syndrome au contraire protéiforme et déconcertant par la variabilité de ces divers éléments. Une seule chose reste cependant capitale : l'importance de la douleur, tant par son intensité que par sa localisation, ses irradiations et ses modalités.

Mais, si le diagnostic n'est pas posé à l'examen,

l'ensemble des signes constitue le plus souvent un syndrome abdominal aigu, de type chirurgical, qui indique l'intervention.

Aussi la péritonite confirmée, purulente, apparaît rare, comparativement aux torsions connues. Si elle existe, il s'agit d'une péritonite grave, et cette gravité s'explique si l'on songe qu'elle prend naissance au niveau de la portion la plus septique de l'intestin.

La plupart du temps, l'origine de cette péritonite reste méconnue et le cas publié par BENSAUDE, FAURE, BEAULIEU et CAIN, dans la *Presse Médicale*, qui devant une péritonite par ulcération externe du sigmoïde, avec intégrité de la muqueuse remontèrent à la cause : torsion d'une frange épiploïque, suivie de nécrose, en cratère, dont le fonds est situé vers la muqueuse, est exceptionnel.

Quant à l'occlusion, c'est une complication rare. D'ailleurs, elle est moins en rapport avec la torsion elle-même qu'avec les brides et adhérences qui en résultent.

DIAGNOSTIC

La rareté de l'affection, l'inconstance des signes principaux du syndrome clinique rendent bien hypothétique toute possibilité de discussion d'un diagnostic précis.

Tout au plus, peut-on signaler l'importance des crises antérieures souvent répétées. Un point nous a frappés chez le malade que nous avons opéré, c'est l'opposition catégorique entre l'importance de l'élément douleur et le peu de netteté des signes qui l'accompagnaient.

D'ailleurs, l'erreur qui en résulte est de peu d'importance puisque le plus souvent on invoque une lésion d'ordre chirurgical, impliquant l'intervention d'urgence.

Mais c'est au cours de l'intervention que la connaissance de cet accident prend toute son importance et en l'absence de la lésion supposée, le chirurgien devra s'attacher à mettre en évidence, par un examen soigneux, du cadre colique, la possibilité de l'existence d'une frange épileptique tordue.

TRAITEMENT

Le traitement des torsions de frange épiploïque est uniquement chirurgical.

Le plus souvent, on invoque une appendicite et l'on pratique une incision de MAC BURNEY ou de JALAGUIER.

Lorsqu'il s'agit d'une torsion siégeant sur le côlon droit, cette incision donne un jour suffisant.

Si la douleur siège à gauche, la voie pararectale gauche permet d'aborder la lésion, le plus souvent sigmoïdienne.

Au cas où le diagnostic serait posé avant l'intervention, il serait préférable de faire une médiane qui donnerait plus de jour pour explorer les différents segments du gros intestin.

Rappelons enfin la possibilité de la torsion de plusieurs franges.

L'acte chirurgical se résume en la section entre ligatures au catgut du pédicule, section simple ou au thermocautère si l'on envisage la possibilité de l'existence d'un diverticule de la base.

L'enfouissement soigné du pédicule en utilisant comme étoffe les franges voisines semble une précaution recommandable.

En raison de la réaction péritonéale qui existait chez notre malade, nous avons drainé, mais en l'absence de réaction péritonéale, ce drainage n'apparaît pas comme indispensable.

Les résultats de ces interventions sont dans l'ensemble favorables. La précocité de l'intervention est primordiale. Par contre, si les accidents évoluent vers la péritonite, il s'agit presque toujours d'une péritonite mortelle, en dépit de l'intervention.

CONCLUSIONS

La torsion des franges épiploïques du côlon est un accident rare. Celle que nous avons observée siégeant au niveau du côlon droit est exceptionnelle.

En effet, les franges épiploïques sont surtout développées au niveau du côlon gauche et plus particulièrement sur le sigmoïde.

Chez notre malade, elles atteignaient sur tout le gros intestin, un développement important qui explique la possibilité de cette localisation.

En dehors de l'obésité qui apparaît comme un facteur étiologique constant, on en est réduit aux hypothèses en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de ces volvulus.

Au point de vue clinique, le syndrome est dominé par un signe : la douleur. Les signes qui l'accompagnent sont inconstants et variables.

La répétition des crises subaiguës antérieures véritables poussées de torsion aboutissant à la torsion aiguë est un élément que l'on retrouve dans la plupart des observations publiées.

La constatation d'un appendice épiploïque tordu constitue à l'heure actuelle une découverte opératoire. Et, il n'existe aucun signe pathognomonique

qui, étant donnée la rareté de l'affection, permet d'affirmer le diagnostic clinique.

Le tableau clinique évoque le plus souvent une affection chirurgicale impliquant l'intervention d'urgence. Aussi, tout l'intérêt de la question se résume en ceci :

En l'absence des lésions supposées, ne pas oublier la possibilité de cet accident et faire un examen minutieux du gros intestin, seul capable d'en révéler l'existence.

L'acte opératoire comporte l'ablation de la frange tordue après ligature, enfouissement si possible du pédicule sous les tissus voisins. Si les accidents s'accompagent de quelque réaction péritonéale, on pratiquera un drainage.

Le pronostic des cas opérés suffisamment tôt est très favorable. Lorsque l'évolution s'est faite vers la péritonite, il s'agit de péritonite le plus souvent mortelle, en dépit de l'intervention.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

VU : *Le Président de Thèse,*
CUNÉO

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY

